Münster i/W. 1934. No 99 Med Diss.

Aus der sozial-hygienischen Abteilung des Hygienischen Institutes der Westfäl. Wilhelms-Universität zu Münster i. W.
(Direktor: Prof. Dr. K. W. Jötten)

Die zahnärztliche Versorgung des freien Volksstaates Württemberg und der hohenzollernschen Lande

unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge.

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde der hohen medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i. W.

vorgelegt von

Franz Hilgers
approb. Zahnarzt
aus Münster i. Westf.

Münster i. Westf. 1934

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Dekan: Prof. Dr. Esch

Referent: Prof. Dr. K. W. Jötten

„Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i. W."

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547226_0073

Meinen lieben Eltern!

Einleitung.

Ein Kulturvolk wird und kann nie untergehen, solange es in seinen Wurzeln, den Stützen des Volkes — Arbeiter und Bauer — gesund und kräftig bleibt. Dieser Auffassung ist man sich gerade in dieser Zeit erst recht bewußt geworden. Man versucht daher, das deutsche Volk wieder von Grund auf zur Kraft und Gesundheit zu bringen und allè kranken Elemente auszuschalten, abzusondern oder wenigstens soweit zu beeinflussen, daß sie den Volksgenossen nicht mehr schaden können. Es sind augenblicklich erbbiologische Bemühungen im Gange, die insbesondere im Erbhofgesetz und in dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (14. Juli 1933) zutage treten. Der Boden, aus dem die Notwendigkeit dieses neuen Gesetzes erwächst, liegt sowohl auf dem Gebiete der Fortpflanzungsbiologie und Vererbung, als auf dem der Kulturschäden am menschlichen Geschlechte. Erbkrank im Sinne des Gesetzes sind Volksgenossen, die an angeborenem Schwachsinn, Schizophrenie, erblicher Blindheit, erblicher Taubheit usw. leiden. Man will damit verhüten, daß die zukünftige Generation an irgendeiner von diesen Krankheiten leidet. Auch in das Gesetz für die Ehestandsbeihilfen ist ausdrücklich hineingearbeitet, daß die Familiengründung von Seiten des Staates nur von völlig erbgesunden und erbtüchtigen Anwärtern gefördert wird. Denn auch noch die kommende Generation hat einen Kampf zu führen um Gleichberechtigung gegenüber den anderen Völkern.

Abgesondert werden schon seit Jahrzehnten Patienten, die mit Infektionskrankheiten behaftet sind. Im Reichsgesetz zur Bekämpfung gemeingefährlicher und übertragbarer Krankheiten vom 30. 6. 1900 sind folgende Krankheiten: Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Milzbrand, Pest, Pocken zusammengefaßt. Eine Erweiterung hat das Gesetz im Jahre 1905 (28. August) im preußischen Gesetz betr. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten erfahren. Neben den bereits aufgezählten Krankheiten fallen noch Diphtherie, epidemische Gehirnentzündung, Genickstarre, Kinderlähmung, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Rotz unter das Gesetz.

Aber auch den weniger kranken Volksgenossen muß geholfen werden, um als Ziel später die vollständige Volksgesundung zu erreichen.

Zur Volksgesundung trägt nun — so überraschend das im ersten Augenblick klingen mag — die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung bei. Denn die Stellung der Zahnheilkunde zur allgemeinen Heilkunde hat eine eigentümliche Entwicklung durchgemacht, die keineswegs abgeschlossen ist. Ehemals bestand sie in einer rein mechanischen Behandlung der Kauwerkzeuge, hat sich dann aber der

allgemeinen Medizin umso mehr genähert, als diese auch mechanisiert wurde. Alle technischen Neuerungen der Heilkunde wurden, soweit es möglich war, auf die Zahnheilkunde übertragen. Erwähnt seien: Antisepsis, Asepsis, chirurgische Methoden, die Röntgenphotographie und -therapie, die Radiumbehandlung, die Diathermie. Viele bedeutende Forscher und Lehrer der Zahnheilkunde haben mit nie erlahmendem Eifer sich dafür eingesetzt, daß die Zahnheilkunde aus dem engen Rahmen einer begrenzten Hilfswissenschaft herausgehoben und zu einem vollwertigen Glied der großen Heilkunde gestaltet werden müsse. Der Zahnarzt muß in erster Linie Arzt, in zweiter Hinsicht der technisch geschulte zahnärztliche Spezialist sein. Die Zahnheilkunde kann schon deshalb nur auf dem Boden der Heilkunde wachsen und gedeihen, weil die gesamten Grundlagen die gleichen sind, weil die Mundhöhle in ihren klinischen Krankheitsbildern stets wieder durch Konstitution und den Gesamtstoffwechsel beeinflußt wird.

Die Zahnkrankheiten nun können nicht mehr nur als Gefahr für das Kauwerkzeug gewertet werden. Gehen wir an dem Begriff der fokalen Infektion, der Oralsepsis mit noch soviel Zweifel heran, es bleibt bei der kritischen Untersuchung noch genug, um die Karies mit ihren Folgeerscheinungen nicht mehr als eine lokalschädigende Erkrankung betrachten zu müssen. Die Krankheiten, die durch mangelhafte Bißverhältnisse hervorgerufen werden, sind mannigfacher Art. Unbestreitbar wirkt eine mangelhafte Beschaffenheit des Kauapparates nachteilig auf den ganzen körperlichen und seelischen Zustand. Die Verdauung leidet. Der Magen wird durch die gesteigerte Inanspruchnahme seiner sekretorischen und motorischen Eigenschaften in schädigender Weise belastet. Die Klagen der zahnärztlichen Patienten über Magenbeschwerden sind bekanntlich sehr häufig, und die Erfahrung ist allgemein, daß diese in den meisten Fällen verschwinden, wenn das desolate Gebiß in Ordnung gebracht ist. Tuberkulöse Zahnfleischerkrankungen, die von kariösen Zähnen ausgehen, sind vielfach beobachtet worden. Im Brennpunkt des Heilverfahrens gegen Tuberkulose steht die Ernährungsfrage. Gute Ernährung und Verdauung und damit Gesundheit und Wohlbefinden sind aber vom Zustand des Gebisses abhängig. Der Zahnarzt hat also auch hier seine Tätigkeit in den Dienst des Volkswohles zu stellen, indem er den Tuberkulösen vor Ueberweisung in Sanatorien oder Heilstätten erkrankte Zähne wiederherstellt, verfaulte Zähne entfernt oder fehlende Zähne ersetzt. Um es nun aber auch jedem Volksgenossen zu ermöglichen, sich der zahnärztlichen Behandlung zu unterziehen, hat man Vorrichtungen getroffen, in denen auch den Aermsten Gelegenheit gegeben wird, ihre mangelhaften Bißverhältnisse in Ordnung bringen zu lassen; denn der Staat, die Gemeinden, die Städte haben sich in den verschiedenen deutschen Gauen darin geeinigt, die Unkosten, die dabei entstehen, wenn auch nicht ganz, so doch zum großen Teil zu decken. Ich denke an Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten, Landesfürsorgeämter, Jugendämter.

Aber die Theraphie kann es allein nicht schaffen. Es ist daher äußerst wichtig, daß der Patient den Wert der Zahnpflege beizeiten erfaßt, die Gefahren unzweckmäßiger Ernährung und regelwidriger Behandlung der Zähne kennen und den Werdegang der Zahnerkran-

kungen verstehen lernt. Nicht Schmerzen sollen den Patienten zum Zahnarzt treiben, sondern Vernunft und Ueberlegung.

Mit dem fortschreitenden Verfall der Zähne des Kulturmenschen, dem verheerenden Umsichgreifen der Karies hat sich erfreulicherweise die Oeffentlichkeit in steigendem Maße in den Dienst der Gesundheitspflege gestellt. Presse, Film und Radio haben sich in selbstloser Weise für eine planmäßige Zahnpflege eingesetzt, weil sie die Notwendigkeit der Belehrung, Vorbeugung, Verhütung und Beseitigung von Erkrankungen erkannten.

Die Art und Weise der zahnärztlichen Versorgung ist in den einzelnen deutschen Ländern verschieden. Meine Aufgabe soll es nun sein, im Rahmen einer Sammeluntersuchung, die zur Zeit vom Hygienischen Institut Münster für das deutsche Reich durchgeführt wird, die Verhältnisse im freien Volksstaate Württemberg und den hohenzollerschen Landen zu beschreiben.

Die Versorgung des freien Volksstaates Württemberg und der hohenzollernschen Lande mit Zahnärzten u. nichtapprobierten Personen.

Um sich ein genaues Bild von der Zahl der Zahnärzte und nichtapprobierten Zahnbehandler — Dentisten — zu machen, seien einige zahlenmäßige Angaben über die Größe und Bevölkerungszahl Württembergs und der hohenzollernschen Lande gemacht. Die Zahlen, die hier angeführt sind, sind zum Teil von der Volkszählung vom Jahre 1925, andere aber auch schon von der Volkszählung von 1933.

Der freie Volksstaat Württemberg stellt in seiner Lage zu den umliegenden Ländern eine umgekehrte Herzform dar. Er wird im Osten von Bayern, im Westen von Baden getrennt. Im Süden begrenzt der Bodensee an Württemberg. Als tiefer Einschnitt von Süden her liegen die hohenzollernschen Lande in Württemberg. Hohenzollern hat einen Flächeninhalt von 1142,25 qkm. 1933 zählte es 72 947 Einwohner. Auf 1 qkm kommen danach 62,9 Einwohner, was weit unter dem Reichsdurchschnitt liegt, denn dieser beträgt 133,1. In Württemberg dagegen kommen auf 1 qkm 132,3 Einwohner. Der Flächeninhalt beträgt 19 507,65 qkm mit einer Einwohnerzahl von 2 695 942. In diesen Ländern stehen Land- und Forstwirtschaft im Vordergrund. die einem großen Teil der Bevölkerung: 33 %, bei vorwiegend kleinbäuerlicher Landwirtschaft, den Unterhalt sichern. Denn Ackerland nimmt 37,6%, Waldland 31,2%, Wiese und Weide 23,0% und endlich Wein-, Obst-, Gartenland 1,4% der Gesamtfläche ein. Wenn diesen Gebieten auch eine breitere Rohstoffbasis (Erz und Kohle) mangelt. so hat sich hier doch schon frühzeitig eine bedeutende bodenständige Industrie vor allem für Fertigerzeugnisse entwickeln können. Teils beruht sie, wie die Tabak-, Mühlen-, Säge- und Papierindustrie, auf der Weiterverarbeitung heimischer Land- und fortwirtschaftlicher Erzeugnisse. 40% der Bevölkerung sind in der Industrie und im Bergbau — Salzgewinnung bei Hall und Heilbronn am bekanntesten — beschäftigt. 11,6% entfallen auf Handel und Verkehr und 5,8% sind in der Verwaltung und im Gesundheitswesen angestellt. Württemberg zerfällt in vier Kreise, von denen der Neckarkreis mit 1035 951 Einwohnern der größte ist; es folgen Schwarwaldkreise mit 620 476 Einwohnern, Donaukreis mit 609 311 und Jagstkreis mit 430 202 Einwohner. Württemberg ist weiter aufgeteilt in einen Stadtbezirk (Stuttgart), 61 Oberämter und 1875 Gemeinden. Hohenzollern zerfällt in zwei Kreise: Hechingen und Sigmaringen.

Bei genauer Betrachtung der zahnärztlichen Verhältnisse im freien Volksstaat Württemberg und der hohenzollernschen Lande darf man eines nicht außer Acht lassen, daß es in Deutschland neben den Zahnärzten auch nichtapprobierten Personen — Dentisten — gestattet ist, der Bevölkerung die Zähne zu behandeln. Dadurch ist es zu einem ewigen Kampfe zwischen Zahnärzten und Dentisten gekommen. Am Ende des vorigen Jahrhunderts waren die Dentisten weit in der Ueberzahl; denn die Zahnheilkunde war damals noch in den ersten Anfängen. 1887 zählte man in ganz Deutschland nur 523 Zahnärzte, 1907 übten schon 3058 Zahnärzte eine praktische Tätigkeit aus. Die wenigen Zahnärzte, die es damals gab, saßen ausschließlich in den Großstädten. Die Landbevölkerung wurde fast nur von Dentisten versorgt. Daher ist es auch erklärlich, daß man heute auf dem Lande den Dentisten oft noch mehr zutraut, als den approbierten Personen, obwohl sich die Tätigkeit der Nichtapprobierten nur auf die konservierende und technische Behandlung erstreckt; denn es ist ihnen untersagt, irgendwelche Mund- und Kieferkrankheiten spezifischer oder unspezifischer Art zu behandeln. Nach der Reichs-Gewerbeordnung § 29 ist den Dentisten weiter nicht gestattet, Schulzahnpflege auszuüben; es heißt nämlich dort: „Die Anstellung nichtapprobierter Personen als Schulzahnärzte ist sowohl dem Staate als auch den Gemeinden untersagt." Auch soll nach § 30 der Leiter einer Schulzahnklinik eine approbierte Medizinalperson sein. Andererseits ist es den Privatpatienten und sogar den Mitgliedern der Krankenkassen freigestellt, sich von einem Zahnarzt oder Dentisten behandeln zu lassen, soweit beide in einem Vertragsverhältnis mit einer Kasse stehen.

Dieser ewige Kampf zwischen Zahnärzten und Dentisten hat nun auch sein Ende gefunden, wo heute in Deutschland alles nach Einigkeit strebt. Denn am 20. und 21. Oktober 1933 fanden in München zwischen der deutschen Zahnärzteschaft und der deutschen Dentistenschaft Verhandlungen statt zwecks einer grundsätzlichen Neuregelung des gesamten Zahnärzte-, Zahntechnikerstandes, da man „die Notwendigkeit eines Zusammengehens der deutschen Zahnärzteschaft mit der deutschen Dentistenschaft einsah." Das Ergebnis der Verhandlungen war die Aufstellung eines „Planes für den zukünftigen Aufbau eines einheitlichen Standes der Zahnheilkundigen, deren Angehörige die Berufsbezeichnung ‚Zahnarzt' führen werden. In diesem Stande sollen die Dentisten, nachdem sie vorerst in einen gesetzlich anerkannten Stand zusammengefaßt sein werden, auf Grund gewisser Voraussetzungen überführt werden. Die Voraussetzungen werden sich hauptsächlich auf den Nachweis von Kenntnissen auf dem Gebiete der Mund- und Kieferkrankheiten erstrecken." Danach sollen sich die Dentisten nach einem mehrsemestrigen Studium einer Prüfung unterziehen, nach deren Bestehen sie den Titel „Zahnarzt" führen dürfen und die gleichen Befugnisse und Rechte eines praktischen Zahnarztes haben. Dieses Ergebnis war nach dem jahrelangen hartgeführten Kampfe nur möglich unter Zurückstellung aller persönlichen Interessen, „unter Verachtung altüberlieferter Standesanschauungen und Vorurteile und kleinlicher Gesichtspunkte."

In wieweit der freie Volksstaat Württemberg und die hohenzollernschen Lande mit Zahnärzten (Za.) und Nichtapprobierten (Na.) versorgt sind, darüber mögen folgende Zahlen Aufschluß geben.

Tabelle Ia. (Württemberg).

Jahr	Gesamteinwohnerzahl	Anzahl der ZA.	Anzahl der NA.	Es kommt 1 ZA. auf Einwohner	Es kommt 1 NA. auf Einwohner	Es kommt 1 Zahnbehandler auf Einwohner
1914	2518000	100	178	25180	14146	9057
1922	2579000	147	223	17544	11565	6951
1927	2600000	312	353	8333	7365	3909
1932	2695942	380	460	7094	5860	3209

Tabelle Ib. (Hohenzollern).

Jahr	Gesamteinwohnerzahl	Anzahl der ZA.	Anzahl der NA.	Es kommt 1 ZA. auf Einwohner	Es kommt 1 NA. auf Einwohner	Es kommt 1 Zahnbehandler auf Einwohner
1914	72000	—	—	—	—	—
1922	72000	3	3	24000	24000	12000
1927	72000	7	5	10285	14400	6000
1932	72947	7	5	10421	14589	6078

Nach Tabelle Ia waren in Württemberg im Jahre 1914 100 Zahnärzte praktisch tätig. Im Jahre 1922 waren es bereits 147. 1927 hatte sich die Zahl der Zahnärzte fast verdreifacht, man zählte nämlich 312 Zahnärzte. Bis 1932 wuchs die Zahl auf 380 an.

Ueber Hohenzollern waren leider keine Zahlen von 1914 zu erhalten. 1922 übten in ganz Hohenzollern 3 Zahnärzte ihren Beruf aus. Ueber das Doppelte stieg die Zahl im Jahre 1927. Die Zahl der Zahnärzte veränderte sich bis zum Jahre 1932 nicht mehr, denn es waren auch hier nur 7 Zahnärzte in den hohenzollernschen Landen tätig.

Die Zunahme der Zahnärzte in prozentualer Berechnung ergibt folgendes Bild. Wir nehmen das Jahr 1914 als Grundjahr mit 100% an:

1914 = 100%
1922 = 147%
1927 = 312%
1932 = 380%

Ein genauer Vergleich mit Württemberg läßt sich in den hohenzollernschen Landen nicht durchführen, da die Angaben von 1914 fehlen. Um nun die Zunahme der Zahnärzte in Hohenzollern in den nächsten Jahren zu verfolgen, legen wir hier das Jahr 1922 mit 100% zugrunde; dann erhalten wir folgende Prozentzahlen:

1914 = — %
1922 = 100 %
1927 = 233,3%
1932 = 233,3%

Auch aus dieser Berechnung geht deutlich hervor, daß die Anzahl der Zahnärzte von 1927 bis 1932 in Hohenzollern nicht zugenommen hat.

Aus der Tabelle Ia und Ib geht das Verhältnis der Zahnärzte, Nichapprobierten und Gesamtzahnbehandler zur Gesamteinwohnerzahl in Württemberg und Hohenzollern hervor.

Das Verhältnis der Zahnärzte und Gesamtbevölkerung ergibt folgendes Bild:

für Württemberg:

1914:	1	Zahnarzt	auf	25 180 Einwohner
1922:	1	„	„	17 544 „
1927:	1	„	„	8 333 „
1932:	1	„	„	7 094 „

für Hohenzollern:

1914:	1	Zahnarzt	auf	— Einwohner
1922:	1	„	„	24 000 „
1927:	1	„	„	10 285 „
1932:	1	„	„	10 421 „

Nichapprobierte und Gesamteinwohnerzahl verhalten sich folgendermaßen:

in Württemberg:

1914:	1	Nichtapprobierter	auf	14 146 Einwohner
1922:	1	„	„	11 565 „
1927:	1	„	„	7 365 „
1932:	1	„	„	5 860 „

in Hohenzollern:

1914:	1	Nichtapprobierter	auf	— Einwohner
1922:	1	„	„	24 000 „
1927:	1	„	„	14 400 „
1932:	1	„	„	14 589 „

Das Verhältnis von Zahnärzten und Nichtapprobierten zusammen, also der Gesamtzahnbehandler, zur Gesamtbevölkerung ergibt natürlich ein dementsprechendes Bild, und zwar:

für Württemberg:

1914:	1	Zahnbehandler	auf	9 057 Einwohner
1922:	1	„	„	6 951 „
1927:	1	„	„	3 909 „
1932:	1	„	„	3 209 „

für Hohenzollern:

1914:	1	Zahnbehandler	auf	— Einwohner
1922:	1	„	„	12 000 „
1927:	1	„	„	6 000 „
1932:	1	„	„	6 078 „

Aus diesen letzten Zusammenstellungen ist die Zunahme der Zahnärzte nach dem Kriege wieder deutlich sichtbar. Um die Jahrhundertwende war die medizinische Seite der zahnärztlichen Wissenschaft sehr gering. Der praktische Zahnarzt verfügte nur über die allernotwendigsten anatomisch-pathologischen Kenntnisse. Irgendwelche Zusammenhänge mit der Allgemein-Medizin waren ihm kaum bekannt. Die mechanische Behandlung der Kauwerkzeuge war fast ausschließlich die Tätigkeit der Zahnärzte. Von Jahr zu Jahr wurden Gebiete aus der Medizin in den Studienplan des Zahnmediziners eingefügt. Dadurch erreichte die Zahnheilkunde einen immer größeren Raum in der Gesamtheilkunde. Das Interesse für das zahnmedizinische Studium wuchs. Von Jahr zu Jahr nahm die Zahl der Studierenden der Zahnheilkunde zu. Leider lockte das kurze Studium viele, sei es aus Bequemlichkeit oder aus finanziellen Gründen, denen das richtige Interesse und die Liebe zum Fach fehlten.

Aus der folgenden Tabelle II geht einmal der starke Zuwachs der Zahnärzte seit 1914 hervor. Auf der anderen Seite ist aber nicht zu verkennen, daß die Nichtapprobierten noch überall die Ueberhand haben.

Tabelle II.

Danach kamen auf 1000 Einwohner:

a) in Württemberg:

1914: 0,039 Zahnärzte
0,071 Nichtapprobierte
0,110 Zahnbehandler
1922: 0,057 Zahnärzte
0,086 Nichtapprobierte
0,143 Zahnbehandler
1927: 0,120 Zahnärzte
0,136 Nichtapprobierte
0,256 Zahnbehandler
1932: 0,141 Zahnärzte
0,171 Nichtapprobierte
0,312 Zahnbehandler

b) in Hohenzollern:

1914: — — —
1922: 0,042 Zahnärzte
0,042 Nichapprobierte
0,083 Zahnbehandler
1927: 0,097 Zahnärzte
0,069 Nichtapprobierte
0,167 Zahnbehandler
1932: 0,096 Zahnärzte
0,068 Nichtapprobierte
0,164 Zahnbehandler

Nur in den hohenzollernschen Landen haben die Zahnärzte eine geringe Mehrheit gegenüber den Nichtapprobierten; was bei den geringen Ausmaßen des Landes von nicht großer Bedeutung ist.

Ueber die Verteilung der Zahnärzte in den einzelnen Stadtkategorien in den Jahren 1914, 1922, 1927, 1932 sollen die Tabellen IIIa—d; IVa—d und Tabelle Va und b Aufschluß geben.

Württemberg besitzt nur eine Stadt von 300—500 000 Einwohnern. Es ist Stuttgart. Dort waren 1914: 49 praktische Zahnärzte, 1922 zählte man bereits 60, um dann über 92 Zahnärzte im Jahre 1927 auf 121 im Jahre 1932 anzusteigen. Oder in Prozentzahlen ausgedrückt: 1914: 49 %; 1922 fiel die Zahl auf 40,8 %. Der Tiefstand wurde 1927 mit 29,5 % erreicht; denn im Jahre 1932 waren es wieder 31,8 %. In den Städten von 30—75 000 Einwohnern — 1914: 3 Städte; 1922 und 1927: 4 Städte; 1932: 5 Städte — waren 1914: 15 Zahnärzte tätig. Die Zahl stieg dann an: 1922: 27 Zahnärzte, 1927: 44 Zahnärzte; 1932: 58 Zahnärzte. In der nächsten Stadtkategorie mit 20—30 000 Einwohnern ist ebenfalls ein allmählicher Anstieg zu verzeichnen: 1914: 10 Zahnärzte; 1922: 11 Zahnärzte; 1927: 35 Zahnärzte; 1932: 40 Zahnärzte. Die Zahl der Kleinstädte und Ortschaften hat in Württemberg seit 1914 stark zugenommen, z. B. die Orte mit 3—5000 Einwohnern: 1914: 1 Stadt; 1922: 2 Städte; 1927: 18 Städte;

und 1932 waren es 28 Städte. Dementsprechend ist auch die Zunahme der Zahnärzte in dieser Stadtkategorie zu werten: 1914: 1 Zahnarzt; 1922: 2 Zahnärzte; 1927: 22 Zahnärzte; 1932: 31 Zahnärzte. Noch stärker ist die Zunahme der Ortschaften mit 1—3000 Einwohner und damit auch der Zahnärzte.

Städte: 1914: 1; 1922: 5; 1927: 21; 1932: 32.
Zahnärzte: 1914: 2; 1922: 5; 1927: 21; 1932: 33.

Württemberg ist also reich besät mit kleinen Ortschaften, was für die Niederlassungsmöglichkeit der Zahnärzte ungünstig ist. Schon seit Jahrzehnten üben die Dentisten in diesen Ortschaften ihre Tätigkeit aus und genießen das vollste Vertrauen der Bevölkerung. Hier und da hat sich ein Zahnarzt als Konkurrent niedergelassen und hat mühsam um jeden Patienten kämpfen müssen. Bei 1000—3000 Einwohnern haben höchstens 2 Zahnbehandler Verdienstmöglichkeit. Jede neue Niederlassung würde ein großes Wagnis sein. Sehr schwer ist es auch, in einem Dorfe oder einer Kleinstadt sich als neu Zugewanderter zur Geltung zu bringen. Jeglicher Verstoß gegen die Meinungen, die Sitten und Gebräuche der Bevölkerung würde sich durch Ausbleiben der Patienten bemerkbar machen. In einer Großstadt dagegen ist man sein freier Mann. Der Tüchtige setzt sich durch, trotz größter Konkurrenz. Der Zahnarzt ist nicht auf bestimmte Einwohner angewiesen.

In den hohenzollernschen Landen haben sich die Verhältnisse in den einzelnen Stadtkategorien seit 1922 wenig verändert. In den Städten von 5—10 000 Einwohnern waren 1922 in 2 Städten 3 Zahnärzte tätig; 1927 hatte sich die Zahl verdoppelt, auch 1932 zählte man 6 Zahnärzte, 1927 und 1932 gab es nur eine Ortschaft mit 1000—3000 Einwohnern und 1 Zahnarzt.

Von großem Nutzen für die Bevölkerung ist es, daß auch in den kleinsten Städten und Ortschaften, wenn nicht gerade ein Zahnarzt, so doch ein Zahnbehandler ist, der für gesunde Zahnverhältnisse sorgt. Am deutlichsten geht das aus folgender Tabelle hervor:

Jahr	Es waren in Württemberg versorgt an Einwohnern	In wieviel Städten und Ortschaften?	Es waren in Hohenzollern versorgt an Einwohnern	In wieviel Städten und Ortschaften?
1914	683 673	22	—	—
1922	821 776	41	10 558	2
1927	1 116 305	92	11 932	3
1932	1 256 584	119	12 074	3

Tabelle IIIa 1914 (Württemberg)

Zahl der Einwohner in 1000	Zahl d. Städte u. Ortschaft.	Gesamteinwohnerzahl	Anzahl der Za.	Anzahl der N.A.	Gesamtzahl der Zahnbehandler	Auf 1 Za.	Auf 1 N.A.	Auf 1 Zahnbehandler
						kommen Einwohner		
300—500	1	300 000	49	74	123	6 122	4 054	2 439
150—300	—	—	—	—	—	—	—	—
75—150	—	—	—	—	—	—	—	—
30—75	3	131 000	15	37	52	8 733	3 541	2 519
20—30	3	92 500	10	19	29	9 250	4 868	3 189
10—20	5	90 000	14	25	39	6 429	3 600	2 308
5—10	8	64 062	9	21	30	7 118	3 051	2 195
3—5	1	3 734	1	2	3	3 734	1 867	1 245
1—3	1	2 377	2	—	2	1 189	—	1 189
bis 1	—	—	—	—	—	—	—	—
Summe	22	683 673	100	178	278	6 837	3 841	2 459

Tabelle IIIb 1922 (Württemberg)

300—500	1	300 600	60	66	126	5 010	4 555	2 386
130—300	—	—	—	—	—	—	—	—
75—150	—	—	—	—	—	—	—	—
30—75	4	168 984	27	39	66	6 259	4 333	2 560
20—30	3	98 327	11	27	38	8 939	3 642	2 322
10—20	10	119 216	24	38	62	4 968	3 111	1 923
5—10	16	117 387	18	41	59	6 522	2 863	1 888
3—5	2	8 931	2	5	7	4 666	1 786	1 276
1—3	5	8 331	5	7	12	1 666	1 190	694
bis 1	—	—	—	—	—	—	—	—
Summe	41	821 776	147	223	370	5 590	3 685	2 221

Tabelle IIIc (1927) Württemberg.

300—500	1	325 000	92	73	165	3 424	4 466	1 967
150—300	—	—	—	—	—	—	—	—
75—150	—	—	—	—	—	—	—	—
30—75	4	181 464	44	49	93	4 124	3 703	1 951
20—30	6	139 693	35	36	71	3 991	3 880	1 968
10—20	11	155 550	50	54	104	3 111	2 881	1 496
5—10	30	203 561	47	87	134	4 331	2 339	1 519
3—5	18	70 896	22	35	57	3 223	2 026	1 243
1—3	21	39 233	21	19	40	1 863	2 065	981
bis 1	1	908	1	—	1	908	—	908
Summe	92	1116 305	312	353	665	3 578	3 162	1 678

Tabelle IIId (1932) Württemberg.

Zahl der Einwohner in 1000	Zahl d. Städte u. Ortschaft.	Gesamteinwohnerzahl	Anzahl der Za.	Anzahl der N.A.	Gesamtzahl der Zahnbehandler	Auf 1 Za. kommen Einwohner	Auf 1 N.A. kommen Einwohner	Auf 1 Zahnbehandler kommen Einwohner
300—500	1	380 000	121	129	250	3 139	2 946	1 520
150—300	—	—	—	—	—	—	—	—
75—150	—	—	—	—	—	—	—	—
30—75	5	212 719	58	57	115	3 668	3 732	1 849
20—30	6	124 540	40	37	77	3 114	3 366	1 617
10—20	13	161 852	43	65	108	3 763	2 490	1 499
5—10	30	204 736	50	84	134	4 095	2 437	1 528
3—5	28	105 707	31	55	86	3 409	1 922	1 229
1—3	32	63 600	33	32	65	1 921	1 988	963
bis 1	4	3 430	4	1	5	858	3 430	686
Summe	119	1256 584	380	460	840	3 307	2 733	1 496

Tabelle IVa (1914) Hohenzollern.

Angaben waren nicht zu ermitteln.

Tabelle IVb (1922) Hohenzollern.

Zahl der Einwohner in 1000	Zahl d. Städte u. Ortschaft.	Gesamteinwohnerzahl	Anzahl der Za.	Anzahl der N.A.	Gesamtzahl der Zahnbehandler	Auf 1 Za. kommen Einwohner	Auf 1 N.A. kommen Einwohner	Auf 1 Zahnbehandler kommen Einwohner
5—10	2	10 558	3	3	6	3 519	3 519	1 759

Tabelle IVc (1927) Hohenzollern.

5—10	2	10 558	6	3	9	1 759	3 519	1 173
1—3	1	1 374	1	2	3	1 374	687	458
Summe	3	11 932	7	5	12	1 706	2 386	994

Tabelle IVd (1932) Hohenzollern.

5—10	2	10 700	6	3	9	1 783	3 567	1 189
1—3	1	1 374	1	2	3	1 374	687	458
Summe	3	12 074	7	5	12	1 725	2 416	1 006

Tabelle Va.

Prozentuale Verteilung der Behandler auf die einzelnen Stadtkategorien in Württemberg.

Jahr	300-500000 %	30-75000 %	20-30000 %	10-20000 %	5-10000 %	3-5000 %	1-3000 %	bis 1000 %
				Zahnärzte:				
1914	49	15	10	14	9	1	2	—
1922	40,8	18,4	7,5	16.3	12,2	1,4	3,4	—
1927	29,5	14,1	11,2	16,0	15,1	7.1	6,7	0,3
1932	31,8	15,3	10.5	11,3	13.2	8.2	8,7	1.0
				Nichtapprobierte:				
1914	41,6	20,7	10,7	14.1	11,8	1,1	—	—
1922	29,5	17,4	12,2	17,0	18.3	2,4	3,2	—
1927	20,7	13,9	10,2	15.3	24,6	9,9	5,4	—
1932	20,8	12,4	8,0	14,1	18.3	12.2	7,0	0,2
				Zahnbehandler:				
1914	44,1	18,7	10,4	14,4	10,7	1,1	0,6	—
1922	34,1	17,8	10,6	16,5	15.7	1,9	3,4	—
1927	24,8	14,0	10,7	15.6	20,2	8,6	6,0	0,1
1932	29,7	13,7	9,2	12,9	16.0	10,2	7,7	0.6

Tabelle Vb.

Prozentuale Verteilung der Behandler auf die einzelnen Stadtkategorien in Hohenzollern.

Jahr	5-100000 %	1-3000 %	Jahr	5-100000 %	1-3000 %	Jahr	5-100000 %	1-3000 %
	Zahnärzte:			Nichtapprobierte:			Zahnbehandler:	
1914	—	—	1914	—	—	1914	—	—
1922	100	—	1922	1	—	1922	100	—
1927	85,7	14,3	1927	60	40	1927	75	25
1932	85,7	14,3	1932	60	40	1932	75	25

Die öffentl. Zahnfürsorge im freien Volksstaat Württemberg und den hohenzollernschen Landen.

Die Schulzahnpflege:

Soll die zahnärztliche Försorge und damit die allgemeine Gesundheitsfürsorge reiche Früchte tragen, so muß man sich dem Kinde widmen und hier bereits mit der Sanierung der Mundhöhle beginnen, und was noch weit wichtiger ist, prophylaktische Maßnahmen treffen. Ein wichtiger Teil der prophylaktischen Maßnahmen ist die Gesundheitsbelehrung in der Zahn- und Mundpflege. Hier ist das alte Sprichwort am Platze: „Jung gewohnt, alt getan". Denn je früher die Kinder zur regelmäßigen Zahnpflege angehalten werden, desto eher gewöhnen sie sich daran und haben später den Erfolg: ein gesundes, gepflegte Gebiß. Die Belehrung der Jugendlichen in der Zahn- und Mundpflege ist an und für sich Angelegenheit des Elternhauses; da aber im Elternhause leider nicht immer das gute Vorbild anzutreffen ist, wird der Lehrer, der im täglichen Verkehr mit den Kindern steht, die Belehrung zu einem großen Teil übernehmen müssen. Auch die Untersuchung und Behandlung der Kinder wird am geeignetsten in der Schule vorgenommen oder von der Schule angestrebt und dann in einer Privatpraxis oder einer Klinik ausgeführt. Denn die Schulzahnpflege ist eines der Hauptgebiete der öffentlichen Zahnfürsorge. Vorerst seien einige Angaben über die Entwicklung der Schulzahnpflege in Deutschland gegeben.

Im Jahre 1779 trat Johann Peter F r a n k zum ersten Male mit der Forderung an die Oeffentlichkeit, auch die Schulkinder schon einer allgemeinen gesundheitlichen Fürsorge zu unterziehen.

72 Jahre später, im Jahre 1851, forderte Dr. T a l m a, damaliger Hofzahnarzt des Königs von Belgien, die Kinder durch beamtete Schulzahnärzte untersuchen und behandeln zu lassen. In Deutschland trat im Jahre 1852 von B r u c k (Breslau) für die Sache ein. Seine Forderung ging im Jahre 1879 in Erfüllung, als man in Kassel eine Zahnuntersuchung der Schulkinder vornahm. In Frankfurt wurde der

erste deutsche Schulzahnarzt im Jahre 1883 eingestellt, und bei den üblichen Schuluntersuchungen wurde von nun ab auch das Gebiß der Kinder berücksichtigt.

Fenchel, Röse, Berten, Lipschütz nahmen nun bei Schulkindern Reihenuntersuchungen vor, deren Ergebnisse den staatlichen Organen die Notwendigkeit der Zahn- und Mundpflege klar vor Augen führten, denn 72 % bis 99 % aller Schulkinder waren an Karies erkrankt.

Auch in anderen Ländern ging man dazu über, bei den Schuluntersuchungen das Augenmerk auf die Mundverhältnisse der Kinder zu richten, z. B. in Polen, Amerika und in Japan.

In Deutschland war es Jessen, der den Gedanken in die Tat umsetzte, und auf seine Veranlassung hin wurde im Jahre 1902 in Straßburg die erste Schulzahnklinik eröffnet. Als nächste deutsche Stadt folgte Darmstadt dem leuchtenden Beispiel, und zwar noch im selben Jahre. Bereits im Jahre 1909 wurde ein „Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen" errichtet. Es waren an diesem Komitee alle Personen und Kreise beteiligt, die sich für die Schulzahnpflege interessierten. Man konnte damals mit der Arbeit dieses Komitees zufrieden sein; denn bereits im Jahre 1913 zählte man rund 200 Schulzahnpflegestätten in Deutschland. Schulzahnkliniken waren im Jahre 1910 in Mülhausen (Elsaß), Offenbach, Dresden, Ulm, Hamburg, Freiburg, Augsburg, Erfurt.

Was man mühsam aufgebaut hatte, warf der Weltkrieg wieder zusammen. Die stolzesten Hoffnungen gingen zunichte. Mit frischem Mut ging man nach Beendigung des Weltkrieges wieder an die Arbeit, und im Jahre 1922 war wieder ein Fortschritt in der zahnärztlichen Fürsorge der Schulkinder zu verzeichnen. Nach Angaben von Merschkötter bestanden Schulzahnkliniken in der Nachkriegszeit in folgenden Städten: Berlin-Steglitz 1921; Brieg 1922; Dannenberg 1925; Dornbach 1925; Fürstenwalde 1922; Gera 1920; Halberstadt 1925; Salzwedel 1923; Wiesbaden 1923; Wilhelmsburg 1926 und Zwickau 1924.

Trotz dieser vielen Schulzahnpflegestätten und Schulzahnkliniken ging zur Verwunderung aller interessierten Kreise die Kariesfrequenz nicht zurück. Man sah keinen Erfolg. Zunächst war es keine Zwangsmaßnahme. Den Eltern war es freigestellt, ob sie ihre Kinder in die zahnärztliche Behandlung geben wollten oder nicht. Man schickte daher die Kinder nur dann zum Zahnarzt, wenn sie über Zahnschmerzen klagten. Auch mußten die Eltern für die Kosten aufkommen, d. h. sie mußten ein Abonnement bezahlen, wodurch die Kinder die Berechtigung erhielten, sich ein Jahr kostenlos in einer Schulzahnklinik behandeln zu lassen. Man zögerte nun so lange mit den „unnötigen" Geldausgaben, bis die Schmerzen die Kinder zum Zahnarzt trieben.

Nur systematische Behandlung konnte hier Erfolg bringen. Es wurden von nun ab alle Kinder gezwungen, sich untersuchen und behandeln zu lassen. Dadurch war es möglich, das Uebel an der Wurzel zu fassen. Die kleinsten „Höhlen" in den Zähnen wurden gefüllt; was sowohl für die Kinder als auch für den Zahnarzt angenehmer war. Weniger Schmerzen, weniger Kosten für den Patien-

ten und weniger Zeitaufwand für den Behandler, zeitigten mehr Erfolg. Auch waren die Kinder durch die planmäßige Schulzahnpflege unter einer ständigen Kontrolle.

Wo die Kinder untersucht und behandelt werden, ist in den einzelnen Städten und Ortschaften Deutschlands verschieden. Die einfachste und in Deutschland immer noch verbreitetste Methode ist die Untersuchung der Mundhöhle gelegentlich der allgemeinen Schuluntersuchung durch die Schulärzte. Die Kinder erhalten dabei einen vorgedruckten Zettel, auf dem die erkrankten Zähne vermerkt und die Eltern aufgefordert werden, ihre Kinder in zahnärztliche Behandlung (Privatpraxis) zu schicken.

Besser ist schon die Untersuchung durch einen Schulzahnarzt, der von der Stadt, Gemeinde oder vom Kreis zu diesem Zwecke angestellt ist. Der Schulzahnarzt geht nämlich mit mehr Interesse und Erfahrung an die Untersuchung, und die Ergebnisse sind dementsprechend auch genauer. Leider ist der Erfolg bei diesen beiden Arten nicht vielversprechend. Einmal geben die Kinder den vorgedruckten Zettel aus Angst vor dem Zahnarzt nicht ab, oder aber die Eltern legen keinen großen Wert darauf, solange ihre Kinder nicht über Zahnschmerzen klagen.

Den größten Erfolg hat die Schulzahnklinik aufzuweisen. Hier werden die Kinder z. T. in kleinen Gruppen, z. T. klassenweise in die Klinik geführt, gewissenhaft untersucht und auch sofort behandelt. In Orten, wo die Klinik unter Raummangel leidet, werden die Kinder in den Schulräumen untersucht, und wenn erkrankte Zähne vorhanden sind, der Klinik überwiesen. Am besten ist die Untersuchung und Behandlung während der Schulstunden, weil die betreffenden Kinder dann bestimmt kommen und die Unannehmlichkeiten einer Zahnbehandlung gern mit einer Schulstunde tauschen.

Bei Errichtung von Schulzahnkliniken muß man ein besonderes Augenmerk auf die Größe und den Umfang des zu versorgenden Gebietes richten. In einer Stadt mit mehr als 120 000 Einwohnern kommt man mit einer Klinik nicht aus. Der Hin- und Rückweg ist dann für die Kinder viel zu weit und daher zu anstrengend. Es müssen also in einer solchen Stadt Zweigkliniken errichtet werden, wenn alle Kinder erfaßt werden sollen.

Für Städte bis 120 000 Einwohner ist der Idealzustand: Klinik im Zentrum der Stadt.

Beide Arten von Kliniken sind auf dem Lande nicht zweckmäßig wegen der allzu großen Entfernungen zwischen den einzelnen Ortschaften, und für jede Ortschaft eine besondere Klinik, wäre zu kostspielig und unrentabel. In einigen Kreisen hat man es mit einem fahrbaren Instrumentarium versucht. Der Behandlungsraum wurde in das Klassenzimmer verlegt. Es mußte aber dann Wasseranschluß und elektrische Leitung in den Schulräumen sein, was in den allermeisten Fällen nicht vorhanden ist. Auch ist der Behandlungsstuhl und das Instrumentarium eine Behelfseinrichtung. Das betriebsfertige Klinikauto, die sog. „fahrbare Zahnklinik", bietet gegenüber der aufzubauenden Transportzahnklinik unbedingt eine berufliche Annehmlichkeit, besonders in den Fällen, wo die Schule oder Gemeinde nicht einen

geeigneten Nebenraum zur Behandlung zur Verfügung stellen kann. Die praktischen Erfahrungen mit dem Klinikwagen haben ergeben, daß es unvorteilhaft wäre, mit dem schweren Wagen jeweils am Tage wieder in den „Heimathafen" zurückzukehren. So wird als Zubringer noch ein kleiner Personenwagen oft verwendet, während der Klinikwagen analog der aufgebauten Transportzahnklinik am Dienstorte untergestellt bleibt.

Bei den Behandlungsmethoden der Schulkinder unterscheidet man drei Systeme. Das Mannheimer-, Bonner- und Frankfurter System. Bei der Durchführung des „Mannheimer Systems" werden die Kinder erst vom 5. Schuljahre an untersucht. Man hat seinerzeit mit Recht gegen dieses System gearbeitet, weil die Kinder dann erst mit 10 oder 11 Jahren in zahnärztliche Untersuchung kommen. In diesem Alter können aber schon sogar die bleibenden Zähne so sehr in Mitleidenschaft gezogen sein, daß sie der Zange zum Opfer fallen müssen. Dies System wurde dahin abgeändert, daß man die Schulkinder jetzt im ersten Schuljahr untersucht, und zwar zweimal im Jahre. Aber auch das „verbesserte Mannheimer System" ist kein Idealzustand, weil die Kinder in der Praxis behandelt werden, was natürlich für den betreffenden Zahnarzt eine außerordentliche Belastung ist und daher oft nicht genügend Zahnärzte vorhanden sind. Andererseits werden nicht alle Kinder erfaßt, da der nötige Zwang fehlt. Denn die Ueberweisungskarten werden nicht als Zwangsmaßnahmen angesehen. Nach Untersuchungen von Müller-Voigt über dieses System kamen nur 12,5% der Schulkinder wirklich zur Behandlung.

Besser, daher auch am verbreitetsten ist das „Bonner System." Die Schulkinder werden vom ersten Schuljahr an bis zur Schulentlassung zweimal im Jahre untersucht und dementsprechend behandelt. Die bleibenden Zähne werden sämtlich behandelt, bei den Milchzähnen dagegen nur die, die Schmerzen verursachen oder an den bleibenden Zähnen Schaden anrichten könnten. Das „Frankfurter System" steht dem „Bonner System" sehr nahe. Auch hier werden die Kinder vom ersten Schuljahr bis zur Entlassung systematisch untersucht (halbjährig). Das Frankfurter System erfaßt nicht nur die Volksschulen, sondern auch die höheren Schulen. Letzteres ist von großem Vorteil. Die Kinder werden auf diese Art und Weise mindestens bis zu ihrem 17. Lebensjahre (Oberprima) systematisch untersucht und dann mit völlig saniertem Gebiß entlassen.

Endlich wäre noch in den allgemeinen Erörterungen über die Kostenfrage zu sprechen. Wer bezahlt die Behandlung der Kinder? Es ist in den einzelnen Gauen Deutschlands verschieden. Beteiligt an der Unkostendeckung sind Krankenkassen, Versicherungsanstalten Fürsorgeämter, Wohlfahrtsämter, Jugendämter, Eltern und Angehörige. Am meisten sind wohl die Eltern und die Krankenkassen daran beteiligt, aber auch interessiert. Die Eltern haben die Pflicht, ihre Kinder soweit zu erziehen, daß sie eine ordentliche Mundpflege betreiben. Wenn eine Therapie notwendig ist, sind sie verpflichtet, soweit das ihre Vermögensverhältnisse zulassen, die Kosten zu tragen. Die Krankenkassen haben letzten Endes den Nutzen davon. Werden die Kinder frühzeitig behandelt, ist der Schaden meistens gering, und die Unkosten sind nur minimal. Unterbleibt die Behandlung, so fallen

oft mehrere Zähne der Zange zum Opfer, und die fehlenden Zähne müssen über kurz oder lang doch ersetzt werden, soll das Gebiß nicht ganz in Unordnung geraten. Ein Zahnersatz ist aber bei weitem teurer als eine konservierende Behandlung. Werden die Kinder nun mit völlig saniertem Gebiß aus der Schule entlassen, so brauchen die Krankenkassen für die nächsten Jahre keine Gelder für Zahnbehandlung auszugeben. Die Kassen sind seit dem 1. März 1924 verpflichtet, Gelder zu therapeutischer Behandlung zu zahlen, leider aber nicht zu prophylaktischen Maßnahmen, obschon die Prophylaxe in der Schulzahnpflege einen mächtigen Raum einnimmt. Ein Hauptgebiet der Prophylaxe ist die Belehrung über Zahn- und Mundpflege. Es ist Sache des Schularztes, des Schulzahnarztes, der Lehrer, die Kinder über die Entstehung der Zahnkrankheiten, über die Bedeutung der krankhaften Zähne und den Zusammenhang zwischen Zahnerkrankungen und Ernährung aufzuklären. Der Schulzahnarzt hat praktische Ratschläge und Anweisungen über zweckmäßige Ernährung zu geben. Der Aufgabenkreis des Schulzahnarztes ist nicht etwa mit der Behandlung schlechter Gebisse abgeschlossen, sondern erstreckt sich noch auf andere der zahnärztlichen Fürsorge bedürfenden Personen, wie Sprachgestörte, Krüppel, Erholungsbedürftige, Tuberkulöse.

Im nächsten Abschnitte sind die augenblicklichen Verhältnisse der Schulzahnpflege in Württemberg und den hohenzollernschen Landen einer genauen Betrachtung unterzogen. Die Angaben, die hier angeführt sind, habe ich durch Fragebogen erhalten, die ich an die 61 Oberämter bezw. Oberamtsärzte des freien Volksstaates Württemberg und an die 2 Kreise bezw. Kreisärzte der hohenzollernschen Lande geschickt habe. Bis auf 4 Oberämter habe ich von den zuständigen Stellen Antwort erhalten.

In Württemberg ist seit dem Jahre 1912 die Schulfürsorge gesetzlich festgelegt. Auch hier ist die Untersuchung der Mundhöhle gelegentlich einer allgemeinen Schuluntersuchung durch die Oberamtsärzte, die in Württemberg das Amt des Schularztes bekleiden, am verbreitetsten. In 49 Oberämtern mit ihren Gemeinden werden die Kinder auf diese Weise auf ihre krankhaften Zähne aufmerksam gemacht. Sie werden dann vom Schularzt und den Lehrern ermahnt, sich die schadhaften Zähne behandeln zu lassen. In vielen Orten werden auch die Eltern schriftlich von dem Zustand der Zähne ihrer Kinder benachrichtigt. Es bleibt dann der Initiative der Eltern oder Erziehungspersonen überlassen, ob sie die Kinder zur Behandlung schicken oder nicht. Sämtliche Zahnärzte, und in manchen Ortschaften auch die Dentisten, sind für die Behandlung der Kinder zuständig. Es handelt sich um folgende Oberämter und Gemeinden: Reutlingen, Gmünd, Welzheim, Mergentheim (46 Gemeinden), Gera-brünn (36 Gemeinden), Ellwangen, Crailsheim (26 Gemeinden), Freudenstadt-Nagold, die Gemeinden des Oberamtes Rottweil, Nürtingen-Urach, Calw-Neuenbürg, Herrenberg-Horb, Maulbronn-Vaihingen, Backnang-Marbach, Böblingen-Leonberg, Schorndorf, Waiblingen, Aalen-Neresheim, Heidenheim, Wangen-Leutkirch, Ehingen-Ridlingen, Saulgau-Waldsee, Ravensburg, Biberach, Laupheim, Kircheim, Künzelsau-Oehringen, Ludwigsburg (17 Gemeinden), Oberndorf-Sulz, Tübingen-Rottenburg, Göppingen, Blaubeuren-Münsingen, Heilbronn, Balingen,

Die Behandlungskosten bezahlen in diesen Oberämtern zu einem großen Teil die Eltern. Die Krankenkassen sind mit einem gewissen Prozentsatz immer dann an den Kosten beteiligt, wenn die Eltern der Kinder versichert sind. In besonderen Fällen, bei Minderbemittelten, Mündeln, bei Kindern Arbeitsloser oder sonstiger Fürsorgeempfänger, bezahlen auch wohl die Bezirkswohlfahrtsämter oder Jugendämter einen Teil der Kosten, z. B. in den Oberämtern Künzelsau-Oehringen, Saulgau und Waldsee, Blaubeuren-Münsingen, Aalen und Neresheim, Nürtingen-Urach, Schorndorf und Waiblingen.

Die Untersuchung durch Schulzahnärzte findet nur in wenigen Städten Württembergs statt. In den Oberämtern Oberndorf und Sulz haben sich, trotz der Untersuchung durch die Schulärzte, die Zahnärzte freiwillig zur Verfügung gestellt, die Kinder kostenlos zu untersuchen und die Bedürftigen sogar unentgeltlich zu behandeln. In der Gemeinde Jagstfeld des Oberamtes Neckarsulm hat die Untersuchung der Schulkinder ein Dentist übernommen, der auch die Behandlung durchführt. In den Städten Ulm, Schwenningen und Stuttgart werden die Schulkinder planmäßig in der Schulzahnklinik durch Schulzahnärzte untersucht und saniert. (Näheres über die Schulzahnkliniken später).

In den Oberämtern Hall und Gaildorf, Besigheim und Brackenheim gibt es keine Schulzahnpflege. Hier wird es den Eltern überlassen, für die Sanierung der Mundhöhlen ihrer Kinder zu sorgen. Auch in den Oberämtern Stuttgart-Cannstatt und Neckarsulm, mit Ausnahme der Gemeinde Jagstfeld, kennt man nur die Untersuchung und Behandlung in der Privatpraxis.

In einigen Oberämtern Württembergs litt die Schulzahnpflege durch Auflösung der Kassenkliniken; oder durch sonstige ungünstige Verhältnisse fiel in manchen Orten die Schulzahnpflege ganz in Fortfall. In dem Oberamt Ludwigsburg wurde im Frühjahr 1933 die A. O. K.-Klinik, an die die Schulzahnklinik angeschlossen war, aufgelöst. Es ist geplant, die Zahnarztbehandlung und Untersuchung im ganzen Bezirk wieder aufzubauen unter Beteiligung aller Zahnärzte des Bezirkes. Vor Auflösung der Schulzahnklinik wurde von den Zahnärzten der Kassenklinik, die in der Stadt Ludwigsburg ihren Mittelpunkt, in der Vorstadt Oßweil ein Sprechzimmer und in Kornwestheim eine Filiale hatte, jeweils drei Jahrgänge aller Volksschulen durchgemustert und saniert. In der Stadt Rottenburg bei Tübingen war eine Schulzahnpflege vor etwa 7 Jahren entstanden, ehe aber die Einrichtung recht funktionierte, brachte der Widerstand der Dentisten (Volksversammlungen, Presse) die lokalen Instanzen (Bürgermeister, Wohlfahrtsamt) ins Wanken, sodaß sie sich zurückzogen und die Sache im Sande verlief. Auch im Oberamt Böblingen-Leonberg wurde in der Gemeinde Sindelfingen die Schulzahnpflege stark beeinträchtigt, da die Zahnklinik der A. O. K. aufgelöst wurde. In Göppingen wurden früher die Kinder der Versicherten unentgeltlich in der A. O. K.-Zahnklinik behandelt. Mit Aufhebung der Klinik fiel auch hier die Behandlung der Kinder fort.

Genauere Angaben über die Schulzahnpflege in den einzelnen Oberämtern waren nicht zu erhalten. Nur der Oberamtsarzt von

Herrenberg-Horb stellte mir freundlicherweise einen Bericht über den Stand der Schulzahnpflege in seinem Bezirk zur Verfügung, aus dem ich einige Angaben wiedergeben möchte.

Als der Oberamtsarzt im Jahre 1928 sein Amt antrat, kannte man kaum etwas von einer Zahnpflege. Die Schulkinder und auch deren Mütter hatten z. T. sehr mangelhafte Mundverhältnisse. Er hat nur wenige Schüler entlassen, die ein voll gesundes, nicht lückenhaftes oder saniertes Gebiß zeigten. Schon bei den Schülern der ersten Klasse war der erste Molar, der doch erst kurz zuvor erschienen war, z. T. schon tief zerstört. Bei älteren Schülern sah man Eiterzähne, Zahnfisteln, schlechte Zahnstellungen. Behandelte Zähne waren in den Volksschulen eine Seltenheit. Von der Bevölkerung der rein ländlichen Bezirke wurde eben, wie den allgemeinen Fragen der Gesundheitspflege, so besonders auch der Zahnpflege und der Zahnbehandlung wenig oder keine Bedeutung beigelegt. Folgende Ansicht war allgemein verbreitet: „Zum Zahnarzt geht man nur, um Zähne ziehen zu lassen." Die konservierende Zahnbehandlung kennt man kaum, und „daß Milchzähne nicht etwa behandelt, gefüllt werden, ist doch selbstverständlich, es wäre ja eine unnötige Geldausgabe, der Zahn geht ja doch einmal verloren." Daß Zahnpflege und Zahnbehandlung überhaupt nötig sind und gesundheitliche Vorteile, Nutzen bringt, sah keiner ein. Der Oberamtsarzt hat es verstanden, in den paar Jahren seiner Amtstätigkeit, den Erwachsenen sowohl als auch ganz besonders den Kindern die Bedeutung und Wichtigkeit einer Zahnpflege klarzumachen. Bei den Lehrern fand er vollstes Verständnis und dankenswerte Unterstützung. Durch Vorträge und Schriften in den Schulen, durch Aufhängen von Schautafeln wurden die Kinder mit der richtigen Zahnpflege vertraut gemacht. Der Oberamtsarzt hat sich von bekannten Werken Zahnbürsten und Zahnpasta kommen lassen und hat diese unter die Kinder verteilt. Auf diese Weise hat er das Interesse an einer richtigen Zahnpflege geweckt. Durch belehrende Vorträge und Schriften wurde erreicht, daß die Bevölkerung öfter zum Zahnarzt oder Dentisten ging, was letztere auch bestätigten. Die Zahlen der Extraktionen sind zurückgegangen. Die konservierende Zahnbehandlung hat einen breiteren Raum in der zahnärztlichen Praxis eingenommen. Einige zahlenmäßige Angaben mögen den Zustand in den Oberämtern Herrenberg und Horb besser beleuchten.

Das Alter der untersuchten Kinder betrug $12^1/_2$ bis $13^1/_2$ Jahre.

Untersucht wurden in den Volksschulen im Bezirk:

Herrenberg: 243 Knaben und 225 Mädchen,

Horb: 124 Knaben und 164 Mädchen.

Zusammen also 756 Kinder.

Von diesen hatten:

völlig gesundes Gebiß:	158	= 20,9%
saniertes Gebiß:	83	= 11,0%
schadhaftes Gebiß:	517	= 68,1%

Erwähnenswert ist noch, daß bei den 756 untersuchten Kindern 34 mal ein ausgesprochenes rhachitisches Gebiß und 16 mal erhebliche Stellungsanomalien der Zähne vorhanden waren.

Es ist notwendig, die begonnene Belehrungstätigkeit auch weiterhin fortzusetzen mit dem Ziele, daß alle Kinder die Schule mit gesundem oder saniertem Gebiß verlassen. Die Kinder können in der Schule zweifellos zu einer guten Eigenpflege der Zähne erzogen werden.

Das Idealste für eine ordnungsgemäße Schulzahnpflege ist natürlich eine Schulzahnklinik. In Württemberg bestehen zur Zeit 3 Kliniken, Zunächst in der Hauptstadt Stuttgart, dann die älteste in Württemberg und eine der ältesten in ganz Deuschland in Ulm, und endlich in Schwenningen. Auch hier sind auf meine Anfrage nur die allernotwendigsten Antworten eingegangen, die in der folgenden Tabelle „Schulzahnkliniken" zusammengefaßt sind.

Ulm schickte einen Bericht der Schulzahnklinik vom Jahre 1931/32. Aus diesem Bericht möchte ich einige Angaben wiedergeben. Welche Jahrgänge, welche Schulungsgattungen, wieviel Kinder untersucht wurden, wieviel Füllungen und welche Arten von Füllungen angefertigt wurden, geht aus der betreffenden Tabelle „Schulzahnkliniken" hervor. Hier seien einige Sätze über die Art der Schulzahnpflege angeführt.

Schulzahnkliniken.

Ort	Stuttgart	Ulm	Schwenningen
Träger der Schulzahnpflege	Stadt Stuttgart	Stadt Ulm	Stadt Schwenningen
Jahr	1932-33	1932-33	1932-33
Art und Weise der Versorgung durch Zahnärzte: Hauptamtl.	3	1	—
Art und Weise der Versorgung durch Zahnärzte: Nebenamtl.	2	—	10
Art und Weise der Versorgung durch Zahnärzte: sonst. Personal	7	1	1
Es werden versorgt: Volksschulen	ja	ja	ja
Es werden versorgt: Mittelschulen	—	ja	—
Es werden versorgt: höhere Schulen	ja	ja	ja
Welche Jahrgänge werden versorgt	2. 5. 8. Schuljahr	Volksschulen 2, 4, 6, 8. höhere Schulen 2., 5. Schuljahr	Volksschulen 1.—7. höhere Schulen 1.—3. Jahrgang
Wie oft werden die Kinder versorgt	Volksschulen einmal jährlich. Höhere Schulen unbestimmt.	zweimal im Jahr	einmal im Jahr
Gesamtzahl der Kinder im Versorgungsgebiet	Volksschulen 30000 höhere Schulen 12000 zus. 42000	Volksschulen 6338 höhere Schulen 1745 zus. 8083	Volksschulen 1441 höhere Schulen — zus. 1441
Gesamtzahl der Schulkinder: untersucht	Volksschulen 12000 höhere Schulen 3000 zus. 15000	Volksschulen 2611 Mittelschulen 337 höhere Schulen 479 zus. 3427	Volksschulen 1386
Gesamtzahl der Schulkinder: behandelt	Volksschulen 12500 höhere Schulen 2500 zus. 15000	Volksschulen 561 Mittelschulen 151 höhere Schulen 153 zus. 865	
Gesamtzahl der Schulkinder: saniert	Volksschulen 12500 höhere Schulen 1500 zus. 14000	Volksschulen 310 — — zus. 310	Volksschulen 731
Gesamtzahl der Schulkinder: poliklin. behandelt	Volksschulen 1500 — — zus. 1500	Volksschulen 1251 Mittelschulen 151 höhere Schulen 153 zus. 1555	Volksschulen etwa 400—500
Leistungen: Füllungen an Milchzähnen	—	196 mit 38 Vorbehandlungen	—
Leistungen: Füllungen a. bleibenden Zähnen	16000	2623 mit 148 Vorbehandlungen	—
Leistungen: Extrationen	1100	216 einschl. der systemat. Extraktionen	—
Werden auch Regulierungen vorgenommen?	ja	selten	—
Bemerkungen	Für die Kinder höherer Schulen wird ein Jahresbeitrag von 1 RM. erhoben. Von den Krankenkassen bekam die Klinik bisher einen Jahreszuschuß von 4000 RM.	Kostenträger sind die Stadt und die Krankenkassen. Die Kinder zahlen pro Füllung 0,10 bis 0,15 RM. 0,10 RM. für Injektionen.	Von den Eltern werden für die Behandlung keine Beiträge gezahlt.

In dem Bewußtsein, daß neben konstitutionellen und physiologischen Faktoren die tägliche Eigenzahnpflege die Grundlage für den Erfolg der zahnärztlichen Fürsorge bildet, wurde nichts verabsäumt. Anläßlich der Schuluntersuchungen wurde eine Unmenge kleiner, dem Verständnis der betreffenden Jahrgänge angepaßter Vorträge gehalten. Es wurden Merkblätter ausgegeben, und Preise für beste Zahnpflege ausgesetzt. Um zur Zahnpflege anzuspornen, wurden an die kleinen Klinikbesucher Tausende von Probetuben Zahnpasta verteilt. An eindringlichen Belehrungen und Ermahnungen der Kinder und Eltern bei der Klinikbehandlung hat es nicht gefehlt. Um allen Kindern die tägliche Zahnpflege zu ermöglichen, wurden im Anschluß an die Untersuchungen an Minderbemittelte Zahnbürsten kostenlos ausgegeben. Die Kinder waren von allen diesen Maßnahmen begeistert und beantworteten diese mit emsiger Zahnpflege. Bei vielen erlahmte jedoch dieser Eifer bald wieder zur alten Gleichgültigkeit. Es muß bei dieser Gelegenheit wieder darauf hingewiesen werden, daß eine erfolgreiche Schulzahnpflege ohne Mitwirkung der Schule undenkbar ist. Die Ansicht, als sei zahnpflegliche Aufklärung und Erziehung lediglich Aufgabe des Elternhauses, hat sich längst als irrig erwiesen. Denn man begegnet bei weiten Bevölkerungskreisen auch heute noch einem unglaublichen Mangel an Verständnis für gesundheitliche Fürsorge der Kinder. Der Schwerpunkt der Aufklärung liegt zweifelsohne bei der Schule.

Die Schulzahnpflege in den hohenzollernschen Landen ist sehr dürftig. In dem Kreise Sigmaringen gibt es keine Schulzahnpflege. Im Kreise Hechingen wird die Untersuchung der Schulkinder durch den Kreisarzt vorgenommen. Den Kindern mit behandlungsbedürftigen Zähnen wird dann empfohlen, sich die schadhaften Zähne behandeln zu lassen. Die Lehrer haben in bestimmten Zwischenräumen zu kontrollieren, ob die für notwendig erachtete Zahnbehandlung durchgeführt ist. Vieles vom Erfolg hängt eben von den Lehrpersonen ab, denn die Kinder nehmen nach eingehender Belehrung über Zahnpflege die Ueberzeugung mit ins Leben hinaus, daß die Zahnpflege so notwendig ist, wie die tägliche Körperreinigung. In die Behandlungskosten teilen sich die Eltern, Krankenkassen und der Kreis. Der Kreis Hechingen bezahlt sogar bei Bedürftigkeit der Eltern die Hälfte der Kosten. Schulzahnkliniken gibt es in Hohenzollern nicht.

Nur eine ausgleichende Zusammenarbeit mit allen an der „Schulzahnpflege" interessierten Stellen in Oeffentlichkeit und Gesundheitsverwaltung wird den richtigen Weg zum Wohle der Gesamtheit finden können.

Zahnkliniken.

Aehnliche öffentliche Einrichtungen, wie die Schulzahnkliniken für die Schulkinder, stehen nun den Erwachsenen in den Zahnkliniken zur Verfügung, wo sie sich, wie in der Privatpraxis der Zahnärzte oder Dentisten, ihre mangelhaften und schadhaften Bißverhältnisse in Ordnung bringen lassen können. Man unterscheidet grundsätzlich zwischen Kliniken mit poliklinischem Charakter und Kliniken, deren Träger die Sozialversicherung, die Krankenkassen, sind. Poliklinische Behandlung hat in Württemberg nur die Universitäts-Zahnklinik in Tübingen. Seit dem Jahre 1910 ist sie in Betrieb. Die Patienten werden hier kostenlos untersucht und beraten, und auch die Behandlungskosten sind geringer als in einer Privatpraxis. Die Zahl der behandelten Patienten betrug im Jahre 1931: 5 209, im folgenden Jahre zählte man 4 761 Patienten. Die Behandlungskosten bezahlen zunächst die Patienten selbst. Gehören sie einer Krankenkasse an, so bezahlt diese einen gewissen Teil der Unkosten, handelt es sich um Minderbemittelte, Arbeitslose oder sonstige Fürsorgeempfänger, so übernimmt das Wohlfahrtsamt der Stadt Tübingen eine bestimmte Summe der Kosten für Zahnbehandlung. Vier Zahnärzte waren im Jahre 1932 an der Klinik hauptamtlich angestellt, weiter standen ein Techniker und drei Hilfspersonen zur Verfügung. Ueber die Leistung der Klinik (Füllungen, Extraktionen, Regulierungen) waren keine Angaben zu erhalten.

Eine weit größere Zahl der Bevölkerung wird in den Kassenzahnkliniken behandelt. Württemberg hat von allen deutschen Ländern die meisten Kassenzahnkliniken aufzuweisen. Im Jahre 1930 gab es nach Mahner in Deutschland 210 Zahnkliniken, deren Träger die Krankenkassen sind, davon entfielen 34 oder 16.1% allein auf Württemberg. Diese Kliniken verteilen sich auf die verschiedenen Kreise wie folgt:

Es waren Zahnkliniken in den Ortschaften:

Neckarkreis:	**Schwarzwaldkreis:**	**Donaukreis:**
Eßlingen	Calw	Biberach
Heilbronn	Reutlingen	Geißlingen
Ludwigsburg	Tuttlingen	Göppingen
Schorndorf	**Jagstkreis:**	Laupheim
Stuttgart	Aalen	Ravensberg
Waiblingen	Heidenheim	Ulm
Vaihingen	Mergentheim	Wangen

Etwa 392 577 Stammversicherte wurden im Jahre 1930 einmal oder mehrmals in diesen Kliniken behandelt. Für diese große Zahl von Patienten standen 86 Zahnärzte zur Verfügung. Stuttgart mit einem ganzen System von Zweigstellen hatte allein 157 040 Stammversicherte, und es waren in den 9 Kliniken 30 Zahnärzte angestellt. Im Jahre 1928 wurde in Stuttgart für konservierende Behandlung 861 832.01 RM., für Zahnersatz 296 403 RM. ausgegeben. Näheres über die einzelnen Kassenzahnkliniken zeigt folgende Tabelle:

Eigentümer der Kliniken	Zahl der Stammversicherten	Anz. der Kliniken	Angest. Zahnärzte	Jahr der Klinikgründ.	Besteht Klinikzwang
Aalen	ca. 8500	1	2	1926	nur für Familienangeh. u. Zahnersatz
Bad Mergentheim	ca. 5500	1	1	1928	ja
Biberach	9617	2			
a) Biberach	—	—	1	1923	ja
b) Ochsenhausen	—	—	1	1923	ja
Calw	ca. 6500	1	2	1924	teilweise
Eßlingen	ca. 19000	1	3	1923	ja
Geißlingen	ca. 9000	1	3	1923	beinahe völlig
Göppingen	ca. 15000	1	4	1925	für Familienangeh. und Zahnersatz
Heidenheim	ca. 14000	1	2	1926	nein
Heilbronn	19577	1	3	1922	nein
Laupheim	ca. 6500	1	2	1923	ja
Lndwigsburg	27000	2			
a) Ludwigsburg	—	—	3	1923	ja
b) Kornwestheim	—	—	2	1924	ia
Ravensburg	ca. 14400	1	3	1926	ja
Reutingen	18000	2			
a) Reutingen	—	—	6	1919	ja
b) Pfullingen	—	—	1	1919	ja
Schorndorf	ca. 6000	1	1	—	für Technik und Familienangeh.
Schwenningen	—	1	1	1926	ja
Sindelfingen	ca. 5400	1	1	1925	nein
Stuttgart	175040	9	30	—	
a) Hanptklinik	—	—	—	1911	nein
b) Cannstatt	—	—	—	1914	nein
b) Feuerbach	—	—	—	1914	nein
d) Ostheim	—	—	—	1923	nein
e) Marienplatz	—	—	—	1911	nein
f) Katharinen-Hosp.	—	—	—	1925	nein
g) Vaihingen	—	—	—	1920	nein
h) Möhringen	—	—	—	1914	nein
i) Echterdingen	—	—	—	1914	nein
Tuttlingen	ca. 10500	1	2	1926	nein
Ulm	30343	1	7	1926	für Technik und Familienangeh.
Waiblingen	—	1	1	—	—
Wangen	ca. 6000	1	1	1925	ja
Zuffenhausen	ca. 5000	1	2	1928	nein

In der vorstehenden Tabelle wurde, wo die genauen Zahlen der Stammversicherten nicht festzustellen waren, abgerundet und in einzelnen Fällen auch schätzungsweise ermittelte Ziffern eingesetzt.

In den hohenzollernschen Landen bestanden nach Mahner im Jahre 1930 keine Kassenzahnkliniken.

Für einen sehr großen Teil der Bevölkerung Württembergs ist die zahnärztliche Behandlung durch die reichsgesetzlichen Krankenkassen sichergestellt. Die wichtigsten Kassenarten sind:

1. Ortskrankenkasse,
2. Landkrankenkasse,
3. Betriebskrankenkasse,
4. Innungskrankenkasse.

An erster Stelle stehen in Württemberg die Ortskrankenkassen. Es folgen dann, da es in Württemberg keine Landkrankenkassen gibt, die Betriebskrankenkassen, und die geringste Kassenzahl und damit auch Mitglieder hat die Innungskrankenkasse aufzuweisen.

Hohenzollern hat bei den geringen Ausmaßen des Landes nur eine kleine Anzahl Kassen. Hier fallen neben den Landkrankenkasen auch noch die Innungskrankenkassen fort. Die Ortskrankenkassen stehen auch hier an erster Stelle.

Ueber die Kassenzahlen, die Anzahl der Mitglieder in den einzelnen Kassen, über die Summe der Reinausgaben und die Ausgaben für Zahnbehandlung im Jahre 1930/31 geben die folgenden Tabellen Aufschluß, deren Zahlen aus den Bänden 420 und 431 der „Statistik des Deutschen Reiches" entnommen sind.

1930 (Württemberg)

Kassenart	Anzahl der Kassen im Jahresdurchschnitt	Anzahl der Mitglieder im Jahresdurchschnitt	Reinausgaben insgesamt	Ausgaben für Zahnbehandlung
Ortskrankenkasse	79	715020	60121042	3547996
Betriebskrankenkasse	172	123008	12066577	818903
Landkrankenkasse	—	—	—	—
Innungskrankenkasse	13	7675	502616	56672
Summe:	264	850703	72690235	4423571

1930 (Hohenzollern)

Kassen	Anzahl der Kassen im Jahresdurchschnitt	Anzahl der Mitglieder im Jahresdurchschnitt	Reinausgaben insgesamt	Ausgaben für Zahnbehandlung
Ortskrankenkasse	7	16886	1060999	77682
Betriebskrankenkasse	4	1562	117568	10188
Landkrankenkasse	—	—	—	—
Innungskrankenkasse	—	—	—	—
Summe	11	18458	1178567	87870

1931 (Württemberg).

Ortskrankenkasse	76	697805	53398580	3316810
Betriebskrankenkasse	166	118097	10235175	692063
Landkrankenkasse	—	—	—	—
Innungskrankenkasse	14	8210	511918	49468
Summe	259	824112	64145637	4058346

1931 (Hohenzollern).

Ortskrankenkasse	7	16253	970707	62217
Betriebskrankenkasse	4	1442	109929	7775
Landkrankenkasse	—	—	—	—
Innungskrankenkasse	—	—	—	—
Summe	11	17695	1080636	69992

Württemberg hatte im Jahre 1930 damit 850 703 Kassenmitglieder, die sich auf 264 Kassen verteilten. An Krankengeldern wurden insgesamt 72 690 235 RM. gezahlt. Speziell für Zahnbehandlung waren es 4 423 571 RM. Im Jahre 1931 ist ein Rückgang bei den Kassen zu verzeichnen, was mit der damaligen wirtschaftlichen Not unseres deutschen Vaterlandes in engstem Zusammenhang steht. 824 112 Stammversicherte zählte man in 259 Kassen. Die Krankengelder wurden mit 64 145 673 RM angegeben; für Zahnbehandlung zahlte man 4 058 346 RM.

Ebenso ist natürlich der Rückgang bei den Kassen in den hohenzollernschen Landen zu werten. Die eingeklammerten Zahlen beziehen sich auf das Jahr 1930. Hohenzollern hatte 1931 11 (11) Kassen mit 17 695 (18 458) Mitgliedern. An Krankengeldern zahlte man im selben Jahre insgesamt 1 080 636 (1 117 567) RM., und die Zahnbehandlung der Versicherten nahm 69 992 (87 870) RM. in Anspruch.

Zusammenfassung.

Die zahnärztliche Fürsorge der Bevölkerung ist heute nicht mehr aus dem großen Gebiete der allgemeinen Gesundheitsfürsorge wegzudenken. Wie eng die Zusammenhänge zwischen der Zahnheilkunde und der Allgemein-Medizin sind, geht deutlich aus der Einleitung hervor. Auch die Bevölkerung hat die Notwendigkeit einer Zahn- und Mundpflege erkannt. Nicht mehr Schmerzen allein treiben den Patienten zum Zahnarzt, er hat die Ueberzeugung gewonnen, daß auch die kleinsten Schäden an den Zähnen behoben werden müssen.

Die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung fordert daher immer mehr Zahnärzte, was auch in Württemberg und Hohenzollern festzustellen ist. 1914 waren in Württemberg 100 Zahnärzte tätig, im Jahre 1932 zählte man 380 praktische Zahnärzte. Noch größer ist die Zahl der Nichtapprobierten. 1914 waren es 178 Nichtapprobierte und 1932 hatte Württemberg 460 nichtapprobierte Zahnbehandler. Die Zunahme in den hohenzollernschen Landen ist nicht so gewaltig. 1922 waren es 3 Zahnärzte, 1932 übten 7 Zahnärzte einen praktischen Beruf aus.

Die Versorgung der Schulkinder hat ebenfalls seit dem Kriege große Fortschritte gemacht. Auch in den allerkleinsten Orten werden die Kinder in den Schulen auf schadhafte Zähne untersucht; sei es nun durch einen Schularzt oder einen Schulzahnarzt. In Württemberg bekamen im Jahre 1932 in 49 Oberämtern mit ihren Gemeinden die Kinder vom Oberamtsarzt die Zähne untersucht und wurden dann in einer Privatpraxis dementsprechend behandelt. Planmäßige Schulzahnpflege gibt es in Stuttgart, Ulm und Schwenningen, wo die Zahnärzte der Schulzahnkliniken für eine ordnungsgemäße Behandlung sorgen.

Neben diesen Schulzahnkliniken gibt es in Württemberg noch eine weit größere Anzahl von Zahnkliniken für Erwachsene. In Tübingen sorgt die Universitäts-Zahnklinik für die zahnärztliche Behandlung der Einwohner. Außerdem stehen 34 Kassenkliniken, meistens A.O.K.-Zahnkliniken, der Bevölkerung zur Verfügung, wo eine ordentliche Behandlung gesichert ist.

In den hohenzollernschen Landen ist die zahnärztliche Fürsorge nur gering. Schulzahnpflege besteht in einem Kreis. Zahnkliniken für Erwachsene und Kinder gibt es überhaupt nicht.

Auch die reichsgesetzlichen Krankenkassen haben einen großen Anteil an der zahnärztlichen Fürsorge der Bevölkerung Württembergs und der hohenzollernschen Lande.

Die zahnärztliche Fürsorge und damit die Gesundung und Ertüchtigung des Volkes sind die Fundamentalpfeiler zum nationalen Aufbau. Wir können uns daher glücklich preisen, Vertreter eines Berufes zu sein, der als Baumeister am körperlichen Gedeihen mittätig ist.

Am Schlusse meiner Arbeit möchte ich es nicht versäumen, Herrn Prof. Dr. K. W. Jötten für die gütige Ueberlassung des Themas, sowie Herrn Dr. med. Heinz Reploh, der mich bei der Fertigstellung der Arbeit in liebenswürdiger Weise unterstützte, herzlichst zu danken.

Literaturverzeichnis.

Bejach, H. E.: Adreßkalender für Zahnärzte 1922, Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1922 S. 210; 268—279.

Bejach, H. E.: Adreßkalender für Zahnärzte 1927/28, Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1927 S. 337; 433—452.

Bejach, H. E.: Deutsches Zahnärztebuch 1932/33, Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1932. S. 264; 340—354.

Fischer/Guido: „Der ärztliche Ausbau der Zahnheilkunde", Zahnärztliche Rundschau, 42. Jahrgang: 1933, Nr. 18, Spalte 847.

Fuchs, Hans: „Leib-Seeleproblem der Zahnheilkunde", Zahnärztliche Rundschau, 42. Jahrgang: 1933, Nr. 22. Spalte 1011.

Hemmerich: Die zahnärztliche Versorgung der Provinz Hessen-Nassau und des Volksstaates Hessen unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge. Diss. Hygienisches Institut Münster 1933.

Hopstein, F. W.: „Die Verwendung von Kraftwagen in der Schulzahnpflege", Zahnärztliche Rundschau, 42. Jahrgang: 1933, Nr. 28. Spalte 1253.

Jäger, Fritz: „Ein Lehrstuhl zur Erforschung der Zahnkaries-Verhütung", Zahnärztliche Rundschau, 42. Jahrgang: 1933, Nr. 46. Spalte 1936.

— „Der Jungarzt", Zeitschrift der deutschen Mediziner. Verlag: Georg Thieme. 1. Jahrgang, Heft 1, S. 12.

Kirchner: Zahnärztliche Kalender für das Deutsche Reich 1914, Verlag Julius Springer, Berlin. S. 77—79.

Mahner: Eigenbetriebe der Krankenkassen, 1. Teil, Zahnkliniken, Verlag für Wirtschaft und Verwaltungen. Berlin 1930. S. 14; S. 124—130.

Merschkötter: Die zahnärztliche Versorgung der Schuljugend und ihre sozial-hygienische Bedeutung. Diss. Hygienisches Institut, Münster 1927. S. 8 u. 10.

Möhring: „Soll sich der Zahnarzt nur auf örtliche Behandlung beschränken?" Zahnärztliche Rundschau, 42. Jahrgang 1932. Nr. 3, Spalte 117.

Möllmann: Die zahnärztliche Versorgung der Provinz Westfalen unter besonderer Berücksichtigung der öffentlichen Fürsorge. Diss. Hygienisches Institut, Münster i. Westf. 1932, S. 17, 18.

Müller: Die Schulzahnpflege, Lehrbuch der Gesundheitsfürsorge. Hggb. von Dr. med. K. W. Jötten und Dr. D. H. Weber. Verlag Reimar Hobbing, Berlin 1932. S. 114—123.

Müller-Stade: „Ueber die Beziehungen der Kaufähigkeit zur Verdauung und Substitutionstherapie durch Enzypan", Zahnärztliche Rundschau, 42. Jahrgang: 1933, Nr. 26, Spalte 1187.

Nau: Die zahnärztliche Versorgung der Provinz Sachsen unter besonderer Berücksichtigung der öffentlichen Fürsorge. Diss. Hygienisches Institut Münster 1932.

Ruin: Die zahnärztliche Versorgung der Rheinprovinz unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge. Diss. Hygienisches Institut Münster 1933.

Schlüter: Die zahnärztliche Versorgung des Freistaates Baden unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge. Diss. Hygienisches Institut Münster 1933.

Schulz: Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 420, Die Krankenversicherung im Jahre 1930 nebst vorläufigen Ergebnissen für das Jahr 1931, Verlag Reimar Hobbing, Berlin 1932. S. 40—45; 72—77; 80—85.

— Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 431, Die Krankenversicherung im Jahre 1931 nebst vorläufigen Ergebnissen für das Jahr 1932. Verlag Reimar Hobbing, Berlin 1933. S. 50—55, 82—87, 90—95.

— Statistisches Jahrbuch 1932. S. 5, 405.

Tholuck: Die Schulzahnpflege im Misch: Fortschritte der Zahnheilkunde. 6. Bd. 1930, S. 1067—85. 1. Teil. 8. Bd. 1932, S. 936.

— „Wirtschaft und Statistik", Jahrgang 1933, S. 715.

— Zahnärztliche Rundschau, 42. Jahrgang: 1933, Nr. 45. „Grundsätzliche Neuregelung der Zahnärzte-Zahntechnikerfrage im deutschen Reiche". Spalte 1915.

Lebenslauf.

Am 1. Dezember 1910 wurde ich als Sohn des Kassendirektors Franz Hilgers und seiner Ehefrau Elisabeth geb. Lehnen zu Münster geboren. Von 1917—1921 besuchte ich die Volksschule St Ludgeri zu Münster. Ab Ostern 1921 besuchte ich das Paulinische Gymnasium in Münster, wo ich 1930 die Reifeprüfung bestand. Von 1930 an studierte ich an der Westfälischen Wilhelm-Universität Zahnheilkunde. Im W. S. 1932/33 legte ich die Zahnärztliche Vorprüfung ab und bestand am 7. Dezember 1933 mein Staatsexamen.